

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1912-1913. — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROLAPSUS OVARIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maria BAUSSAND

Née à Saint-Priest (Isère), le 4 Octobre 1884



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROLAPSUS OVARIEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1912-1913. — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PROLAPSUS OVARIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maria BAUSSAND

Née à Saint-Priest (Isère), le 4 Octobre 1884



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. LESIEUR. PAVIOT. POLLOSSON (M). COURMONT (P., LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophthalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEURS, ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Propédeutique urologique.	GAYET, —
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.), —

AGRÉGÉS

MM. REGAUD. COMMANDEUR. GAYET. NEVEU-LEMAIRE. PATEL.	MM. MARTIN (Et.). LAROYENNE. VORON. NOGIER. LATARJET.	MM. BRETIN. LERICHE. THEVENOT. TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD. PIERY ch..... SAVY ch.....
---	--	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, *Président*; VILLARD, *Assesseur*,
MM. LERICHE et MOURIQUAND, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Affection et grande reconnaissance

A MON FRÈRE

A MES AMIES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN-MAJOR DE LA CHARITÉ

Il nous fait le grand honneur de présider notre thèse. La bienveillance qu'il nous a constamment témoignée nous laisse un souvenir ineffaçable et des sentiments de profonde reconnaissance que nous sommes heureuse de lui exprimer ici.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET

CHEF DE LABORATOIRE DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Nous lui devons l'inspiration de ce travail. Très aimablement il nous a facilité la tâche entreprise nous l'en remercions bien sincèrement et l'assurons de notre reconnaissance.

Il nous est très agréable de remercier ici nos premiers Maîtres de l'école de médecine de Grenoble : MM. les Docteurs Perriol, directeur de l'école, Porte, Cibert, Hermite, dont nous n'avons pas oublié les marques de sympathie.

A Lyon, nos remerciements vont tout particulièrement à M. le Docteur Devic qui nous a si souvent montré le bienveillant intérêt qu'il prenait à nos études.

Nous remercions aussi MM. les Docteurs Jamin, Quincieu, Pellanda, Mazet pour le bon accueil qu'ils nous ont fait à la clinique gynécologique et leur constante amabilité.

Nous prions M. le professeur agrégé Villard, d'accepter nos sentiments de vive reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a témoignée. Nous lui adressons, ainsi qu'à MM. les professeurs agrégés Leriche et Mouriquand, nos très sincères remerciements pour avoir bien voulu former notre jury de thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Deneux, en 1813, rapporte la première observation de prolapsus ovarien, mais il en fait une « variété rare » de hernie de l'ovaire.

De tout temps, en effet, parmi les changements de position de cet organe, seules, les hernies ont attiré l'attention des gynécologues.

Il faut arriver à Rigby, en 1850, pour trouver le prolapsus ovarien décrit comme une affection spéciale.

Il en publia successivement deux observations qui passèrent inaperçues. Depuis, beaucoup d'auteurs étrangers et français se sont intéressés à cette question.

Ce n'est pas dans les traités classiques, même les plus récents, qu'il faut en chercher une description ; mais dans les revues, dans les comptes rendus des Sociétés savantes.

En Allemagne, Schrøder, dans son traité, signale en quelques lignes cette affection.

Olshausen, en 1886, lui consacre un paragraphe assez important. Les travaux les plus intéressants sont ceux de Sænger en 1896, et Stratz en 1909.

Les classiques Anglais et Américains lui accordent une importance très secondaire jusqu'en 1879.

A cette époque, Skene et Mundé présentent tour à tour cette question à la Société de gynécologie de New-York.

Depuis, les publications se sont multipliées et parmi les plus récentes, nous citerons celles de Clifford Barrows (1904), Gardner (1906).

En France, Courty et de Sinety traitent assez longuement des hernies de l'ovaire, ne réservant que quelques lignes aux déplacements intra-pelviens de cet organe.

Pour la plupart des classiques, et parmi eux Pozzi, les ovaires peuvent être trouvés dans le cul-de-sac de Douglas, mais ce déplacement n'est pas une affection spéciale, il est un symptôme qui vient compliquer une rétrodéviatiou utérine ou une lésion salpingienne.

Cependant, dans le traité de Labadie, Lagrave et Legueu, tout un chapitre est consacré au prolapsus simple des ovaires.

La thèse de Vallin, inspirée par Bouilly en 1887,

représente le plus important travail publié sur cette question.

Mauclaire, en 1903, a repris cette étude et proposé un mode de traitement.

Pendant notre séjour à la clinique gynécologique de M. le professeur A. Pollosson, M. le docteur Violet a très souvent attiré notre attention sur ce sujet, c'est sur ses conseils que nous avons entrepris ce travail; nous lui renouvelons l'expression de nos meilleurs remerciements.

Un court chapitre d'anatomie précèdera notre étude car, pour suivre le déplacement d'un organe, il est nécessaire d'avoir des notions précises sur sa situation normale.

Nous étudierons ensuite les causes de cette affection, les symptômes par lesquels elle se manifeste, les accidents auxquels elle peut donner lieu, son diagnostic, son évolution, son traitement, et nous présenterons les observations que nous avons pu réunir.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

L'excavation pelvienne de la femme est divisée par une cloison médio-transversale en deux cavités, l'une, antérieure, vésicale : le cavum pré-utérin ; l'autre postérieure, rectale : le cavum rétro-utérin.

Laissons de côté la première qui n'intéresse pas directement notre sujet et étudions le cavum rétro-utérin.

Sur une femme debout, il revêt dans son ensemble l'aspect d'une loge infundibuliforme aplatie d'avant en arrière, dont l'ouverture regarde en haut et en avant dans la direction de l'ombilic.

La paroi postérieure de cette loge, formée par la ceinture osseuse doublée de ses parties molles, est immobile.

Les parois latérales sont limitées par le trajet des vaisseaux iliaques primitifs, et après leur bifurcation par les vaisseaux iliaques externes.

La paroi antérieure, constituée, sur la ligne médiane, par l'utérus et de chaque côté par les ligaments

larges, est essentiellement mobile. Sa direction varie avec la position du sujet.

Sur la femme debout, elle est nettement oblique d'avant en arrière et de haut en bas, presque horizontale.

Envisagée au point de vue morphologique, cette paroi revêt, par suite de la soudure des ligaments larges en leur milieu par l'utérus, la forme d'un croissant.

Le bord convexe de ce croissant, inférieur et postérieur se moule sur le plancher pelvien auquel il adhère.

Le bord concave, libre, est tourné en avant et légèrement en haut.

Les deux cornes se continuent vers les parties supérieures sous forme de saillie péritonéale remontant le long des vaisseaux ovariens. C'est ce prolongement latéral du ligament large que Rouget a décrit sous le nom de ligament rond supérieur, et que Henlé a appelé ligament infundibulo-pelvien.

Ce croissant étant incurvé sur sa face postérieure, la paroi antérieure du cavum rétro-utérin revêt l'aspect d'une gouttière aboutissant au fond de l'excavation.

Le péritoine qui tapisse cette gouttière est ordinairement soulevé de chaque côté de l'utérus par deux saillies : en bas, les ligaments utéro-sacrés ; au-dessus, les ligaments utéro-lombaires.

Ces derniers, moins constants que les premiers, peuvent coexister avec eux sur le même sujet.

Les parties latérales du plan incliné qui forme la

paroi antérieure de notre cavum se trouvent ainsi divisées en trois étages :

1° Un étage inférieur, sous-jacent au repli falci-forme, semi-lunaire du ligament utéro-sacré : c'est le cul-de-sac de Douglas ;

2° Un étage moyen intermédiaire aux deux ligaments : c'est la fosse hypogastrique de Waldeyer. La partie postérieure de cet étage est creusée d'une nouvelle fossette : la fossette de Claudius comprise entre l'uretère en avant et le bord externe du sacrum en arrière ;

3° Un étage supérieur sus-jacent au repli utéro-lombaire : c'est la fosse rétro ou sous-ovarienne de Sappey, la fosse para-utérine de Waldeyer.

Au niveau de la partie la plus externe de cette fosse, immédiatement sous le bord interne du psoas, dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive, se trouve creusée dans le péritoine une légère excavation, très superficielle : la fossette ovarique de Krause.

Longue de 3 centimètres à 3 cm 1/2 ; large de 1 centimètre à 1 cm 5, cette fossette est dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, parallèlement aux vaisseaux iliaques externes qui la séparent du bord interne du psoas tout en formant sa limite supérieure,

En arrière, elle est limitée par les vaisseaux hypogastriques qui se séparent des vaisseaux iliaques externes et par l'uretère.

En avant, par l'insertion du ligament large sur la paroi pelvienne.

En bas, par l'artère ombilicale, ou, un tronc commun à cette artère et à l'artère utérine.

C'est dans cette fossette que se trouve normalement l'ovaire.

Situation des ovaires. — Les ovaires sont donc normalement situés dans le cavum rétro-utérin sur les parois de l'excavation pelvienne en avant du rectum, en arrière du ligament large et de la trompe ; à 15 ou 20 millimètres en avant de la symphyse sacro iliaque, à 8 ou 10 millimètres au-dessous du détroit supérieur, à 1 ou 2 centimètres au-dessus et en avant du muscle pyramidal.

On peut les comprimer à travers la paroi abdominale sur le milieu d'une ligne qui réunirait la symphyse pelvienne à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Moyens de fixité. — Le bord antérieur de l'ovaire adhère dans toute son étendue au feuillet postérieur du ligament large à l'aide d'un court repli péritonéal appelé aileron postérieur ou mésovarium.

Ce mésovarium contribue à la fixation de l'ovaire, tout en lui permettant de se mouvoir « comme un volet autour de ses gonds » (Vallin).

Trois faisceaux musculaires fixent l'ovaire dans la position qu'il occupe, ce sont :

Le ligament utéro-ovarien (1) ;

Le ligament tubo-ovarien ;

Le ligament lombo-ovarien (2).

Le ligament utéro-ovarien est un cordon arrondi

(1) Ligament propre des ovaires des auteurs allemands.

(2) Ligament suspenseur de l'ovaire des auteurs allemands appelé aussi infundibulo pelvien (Henle), ilio-ovarien, ou encore ligament rond supérieur de Rouget.

de 3 centimètres à 3 cm 1/2 de longueur sur 3 à 4 millimètres de largeur. Il s'étend transversalement de l'angle de l'utérus à l'extrémité interne de l'ovaire.

Il est composé de fibres musculaires lisses parallèles, très serrées ; aussi, est-il très résistant et associe-t-il très étroitement les mouvements de l'ovaire et de l'utérus en empêchant leur écartement.

Le ligament tubo-ovarien ou ligament de la trompe unit l'extrémité externe de l'ovaire à l'orifice abdominal de la trompe.

Sur le côté externe de ce ligament vient se fixer par sa face péritonéale une frange du pavillon, la frange ovarique qui descend jusqu'à l'ovaire.

Le rôle fixateur de ce ligament est assez réduit ; il empêche l'écartement de l'ovaire et de la trompe.

Le ligament lombo-ovarien ou infundibulo pelvien est simplement cette partie la plus externe du bord supérieur du ligament large où ne se trouvent pas les trompes ; ce sont les cornes du croissant formé par la cloison transversale des ligaments larges.

Il est sensiblement parallèle au ligament tubo-ovarien, de sorte que ces deux ligaments dessinent, avec le bord antérieur de l'ovaire, une baïonnette dont la longue portion se dirige en haut. (*Stratz, Centralblatt für gynækologie 1909*).

Il est constitué par des faisceaux de fibres musculaires lisses recouverts par le péritoine. Ces faisceaux sont étalés en nappe. Ils naissent, en haut, sur le fascia péritonéal de la région lombaire (1) et de là

(1) ROUGET, Journal de Physiologie (t. I., p. 429, 1858).

suivent le trajet des vaisseaux ovariens, pénètrent dans le ligament large et se portent à la trompe et à l'ovaire dont ils sont les véritables moyens de suspension. Beaucoup d'entre eux vont jusqu'à l'utérus et là, se croisant avec ceux du côté opposé, constituent une sangle musculaire qui soutient l'utérus.

Le ligament lombo-ovarien pour soutenir le pavillon et le corps de la trompe, s'épanouit en une sorte d'expansion membraneuse, transparente, triangulaire, recouvrant plus ou moins l'ovaire, mais presque toujours la partie qui reste découverte est minime (Vallin).

Tels sont la situation normale de l'ovaire et ses moyens de fixité. Mais, dit Lawson Tait, « si les descriptions qu'on a données de la grosse anatomie de l'organe concordent assez bien, la situation et la direction des ovaires sont tellement différentes d'après les auteurs que Gegenbauer renonce à les décrire ».

Direction et orientation de l'ovaire. — Henle, Huschke, Cruveilhier, Sappey, admettaient que l'ovaire est horizontal comme le ligament qui l'unit à l'utérus. His, le considérait comme ayant une direction verticale. D'après Hasse, le grand axe de l'ovaire serait oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Pour Schultze et Vallin ce grand axe serait dirigé d'avant en arrière, l'extrémité utérine regardant en avant.

« Pour ma part, dit Testut, j'ai examiné l'ovaire en place sur un grand nombre de sujets, il m'a

semblé que dans le plus grand nombre de cas, l'ovaire se dispose dans la partie supéro-externe du cavum rétro-utérin, d'une façon telle que son grand axe, tout en se rapprochant beaucoup de la verticale, est dirigé obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'arrière en avant. »

Les grands axes des ovaires prolongés se rencontreraient donc, non pas en arrière de l'utérus comme le veut Hasse, mais en avant de cet organe.

Ces opinions contradictoires reposant chacune sur des faits, il faut conclure que l'ovaire peut physiologiquement occuper les positions les plus diverses ce que pouvait faire prévoir la laxité de ses ligaments et son extrême mobilité.

Les ovaires sont très mobiles. Leurs déplacements physiologiques peuvent se grouper sous trois chefs : ceux qui dépendent des mouvements de l'utérus ; ceux qui sont dus à l'ampliation de cet organe pendant la grossesse et ceux que leur imprime l'augmentation de volume que leur fait subir la menstruation.

L'utérus est en effet soumis à des mouvements d'avant en arrière, sous la dépendance des alternatives de réplétion et d'évacuation de la vessie. Dans ces mouvements les ovaires suivent l'utérus.

Ils s'élèvent également avec le fond utérin pendant la grossesse et comme ce dernier tourne légèrement sur son axe, présentant en avant sa face antéro-latérale gauche, l'ovaire gauche participe lui aussi à ce mouvement de rotation.

La position de l'ovaire est donc variable avec les

divers âges de la femme et les divers états physiologiques dans lesquels elle peut se trouver. « Du reste, dit Vallin, on observe des variétés infinies dans tous ces détails et une description ne peut être applicable qu'à un cas particulier ou à la moyenne des cas ».

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis sa situation normale dans la fossette ovarienne jusqu'au fond du cul de sac de Douglas, l'ovaire peut occuper successivement toutes les positions.

Il peut glisser dans la fosse sous-ovarienne ; c'est là un déplacement à peine pathologique fréquemment rencontré à la suite de grossesses répétées.

Il peut franchir le ligament utéro-lombaire, limite postérieure de cette fosse, pour s'arrêter sur le ligament utéro-sacré constituant ainsi le premier degré du prolapsus : variété rétro-latérale de Mundé. Continuant sa descente, il franchit le rebord falciforme du ligament utéro-sacré pour tomber dans le fond du Douglas : c'est le deuxième degré ou variété rétro-utérine de Mundé.

L'enclavement n'existe que lorsque l'ovaire est au-dessous des ligaments utéro-sacrés et encore cet enclavement dépend de la tension de ces ligaments, de leur bord plus ou moins tranchant.

Etat de l'ovaire. — Des ovaires ainsi prolabés peuvent être trouvés « parfaitement sains », dix-sept fois sur soixante dix-sept, d'après Mundé. Mais, le plus souvent, ils sont congestiennés, hypertrophiés. Par suite, en effet, de cette situation anormale, les vaisseaux qui aboutissent à l'organe sont déviés ; des troubles circulatoires se produisent entraînant l'étranglement ovarien. La circulation artérielle continue mais la circulation veineuse de retour se fait difficilement. Il en résulte de la stase, de l'œdème.

Souvent aussi l'ovaire prolabé présente des lésions évidentes d'ovarite, de péri-ovarite chronique, de sclérose veineuse, de dégénérescence scléro-kystique à des degrés divers. Sur presque tous les ovaires qui ont nécessité l'extirpation pour le prolapsus, on a trouvé dit Vallin, cette dégénérescence kystique légère des follicules que de Sinety (1) a noté comme se trouvant en rapport avec des symptômes inflammatoires de la surface de l'ovaire.

Les ligaments qui soutiennent ces organes ont perdu leur élasticité et leur tonicité ; ils ont toujours une longueur anormale, congénitale ou acquise, qui a permis la descente.

Le prolapsus ovarien peut exister seul. Fréquemment il est associé à un déplacement utérin : prolapsus, inversion, rétroversion le plus souvent.

Pour que les ovaires puissent tomber dans le Douglas, la rétroversion ne doit pas dépasser le second degré, car dans la déviation prononcée, celle

(1) Archives de Physiologie. 1878. N° 1.

correspond au troisième degré c'est le fond utérin qui prend cette place.

Adhérences. — En général, aucune adhérence ne fixe les ovaires prolabés aux organes voisins. Tous les auteurs signalent cette absence d'adhérence ou en notent quelques-unes insignifiantes et secondaires à des poussées successives d'oophorite.

Cela nous permet d'éliminer immédiatement tous les cas de salpingo-ovarites prolabées et adhérentes.

Dans presque toutes les inflammations annexielles, la malade gardant le lit, les annexes tuméfiées tombent dans le Douglas où elles se fixent. Ici, le déplacement annexiel n'est rien, l'annexité est tout.

Nous ne parlerons pas de ces cas n'envisageant dans cette étude que le prolapsus ovarien mobile dans lequel la lésion est uniquement constituée par la mobilité de l'organe, exposant celui-ci au prolapsus dans des régions où les causes de compression sont nombreuses.

Il peut, en effet, être comprimé par un utérus gros, métritique, un utérus en sub-involution puerpérale ou par un fond utérin rétroversé; par le rectum contenant des matières fécales durcies.

Souvent aussi la compression peut être apportée par l'arc postérieur d'un pessaire placé dans le but de maintenir une rétroversion réduite.

Ces froissements favorisent la congestion de l'ovaire, son augmentation de volume et son inflammation traumatique. Mais, ce sont là des phénomènes secondaires au prolapsus.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Le prolapsus ovarien est très fréquent dit Mauclore et c'est l'avis de tous les auteurs qui bien avant lui se sont occupés de cette affection.

Mundé, sur 1600 malades, a pu 145 fois sentir les ovaires d'une façon précise ; 68 fois ces organes étaient en position normale ; 77 fois ils étaient prolapsés.

Cette affection, pour lui, représenterait 1/20 des maladies que la gynécologie aurait à traiter.

Martin donne une proportion à peu près semblable et cela n'a rien d'étonnant si l'on songe au nombre des rétroversions et à la fréquence avec laquelle le prolapsus des ovaires vient les compliquer.

Il survient chez des femmes de tous les âges ; mais c'est pendant la période de leur vie génitale que le plus grand nombre est compté.

Il s'observe, en effet, chez des accouchées, chez des femmes ayant eu plusieurs enfants. La multiparité est certainement un facteur favorisant.

Souvent aussi, il est découvert chez des malades en même temps qu'une hernie, une ptose viscérale plus ou moins généralisée, un déplacement de l'utérus : prolapsus inversion, rétroversion surtout.

On peut également trouver des ovaires prolabés chez des femmes qui n'ont jamais eu de grossesse, même chez des vierges, à la suite d'un affaiblissement général de l'organisme, d'un amaigrissement notable et rapide (Goodell). Il peut encore succéder à un traumatisme, à une chute, à un effort brusque.

Comment agissent toutes ces causes ? La pathogénie va nous l'expliquer.

L'interrogatoire de la malade révèle presque toujours, du côté du bas-ventre, une longue histoire pathologique précédée d'une grossesse antérieure.

Les ovaires s'élèvent avec le fond utérin pendant la grossesse ; on conçoit aisément que cette élévation nécessite un allongement notable du ligament infundibulo pelvien.

Bientôt après la délivrance, l'utérus revient sur lui-même.

L'involution des annexes se faisant plus lentement, le ligament allongé donne à l'ovaire une grande mobilité et lui permet de descendre dans le cul de sac de Douglas.

Si les grossesses se répètent trop fréquemment, si les couches sont difficiles, les suites plus ou moins pathologiques, ou tout simplement les soins négligés, les fatigues trop hâtives par suite de l'allaitement, des premiers soins à donner aux enfants, l'utérus reste gros, les annexes également.

Les ligaments déjà distendus, ont à soutenir des organes qui restent lourds ; ils sont tirillés plus qu'ils ne doivent et ne peuvent. Leur involution ne se fait pas ; ils finissent par être vaincus et demeurent allongés d'une façon définitive.

La conséquence immédiate est un déplacement de l'utérus et de l'ovaire par suite du relâchement de leurs organes de soutènement et secondairement l'affaissement du plancher pelvien, car il existe une solidarité anatomique et physiologique entre l'utérus ses moyens de fixation et le diaphragme musculo-aponévrotique sur lequel il repose. L'intégrité absolue du plancher pelvien dépend donc de l'intégrité de l'organe de la gestation et de ses ligaments.

Très souvent en effet, une déviation utérine, une rétroversion dans la plupart des cas est associée au prolapsus ovarien. Mundé a rencontré 44 fois sur ses 77 cas cette association ainsi répartie : 22 rétroversions, 11 rétroflexions, 15 antéflexions, 1 antéversion 5 prolapsus.

Chez les *nullipares*, la longueur anormale des ligaments, leur défaut d'élasticité représentent une disposition congénitale qui se traduit par une certaine débilité organique, une faiblesse générale des tissus ligamenteux.

Fréquemment, on découvre chez ces malades en même temps que le prolapsus d'un ou des deux ovaires, du relâchement de la paroi abdominale antérieure, une hernie, un abaissement du foie, du rein, etc., et surtout l'affaissement du plancher pelvien.

Cet affaissement entraîne l'abaissement de la vessie, du rectum, de l'utérus, des annexes. Il en résulte une dislocation de la statique utéro-pelvienne. La masse gastro-intestinale et le péritoine sont eux-mêmes glissés et exercent des tiraillements sur les ligaments qui fixent les organes soit entre eux, soit aux parois de la cavité abdomino-pelvienne.

Ici, l'altération du plancher pelvien est primitive, elle entraîne secondairement la déviation de l'utérus et surtout son abaissement par tiraillement et atonie de ses ligaments. Ce qui nous explique la coïncidence assez fréquente du prolapsus utérin et du prolapsus ovarien.

La cause vraie du prolapsus ovarien est donc le relâchement des organes de soutènement de l'utérus et des ovaires; relâchement créé par la grossesse dans la plupart des cas, ou congénital, ou favorisé par un affaiblissement général produit par la chlorose, l'anémie, la tuberculose, la fièvre typhoïde, etc., la mauvaise hygiène, le surmenage, la misère physiologique.

A cette cause principale, viennent souvent s'ajouter d'autres, occasionnelles, qui la rendent efficace et déterminent ainsi l'acheminement progressif de l'ovaire dans le cul de sac de Douglas.

CAUSES OCCASIONNELLES

Augmentation de volume de l'ovaire. — Toutes les causes qui favorisent la congestion de l'ovaire amènent son augmentation de volume.

Les congestions menstruelles normales, les troubles de la menstruation, les rapports sexuels exagérés, les lésions utérines, principalement la déchirure du col, les déplacements de l'utérus, la subinvolution puerpérale, tous les processus inflammatoires divers du tissu cellulaire pelvien, les habitudes de constipation et de réplétion exagérée de la vessie.

Cette augmentation de volume est un puissant facteur de descente. Si elle est passagère et qu'elle agisse sur des ligaments dont les fibres élastiques et musculaires sont suffisantes, ces derniers pourront, la cause disparaissant, ramener à leur situation normale les ovaires prolapsés momentanément.

Mann rapporte un cas où les ovaires, en prolapsus pendant les cinq jours qui suivaient l'apparition des règles, reprenaient leur place aussitôt ces dernières terminées.

Mais, si l'appareil ligamenteux est déjà affaibli, cette augmentation de volume agissant sur lui pourra déterminer le prolapsus d'une façon définitive.

Rétrodéviatiou utérine. — La rétroversion de l'utérus ou sa rétroflexion s'accompagne très souvent de l'abaissement d'un ou des deux ovaires dans le Douglas « les ovaires sont entraînés par la chute de l'utérus, les ligaments utérins étant plus puissants que les soutiens de l'ovaire. Les ovaires déplacés de leur loge normale, dans la paroi antéro-latérale du pelvis, sont soumis à toutes ces forces qui agissent sur eux de haut en bas en les poussant vers la ligne médiane, derrière l'utérus. Ils s'arrêtent d'abord sur les replis formés par les ligaments utéro-sacrés et ils

ne tardent pas à tomber dans le Douglas. Ainsi s'exprime Golspohn (1).

Pour Schultze, l'ovaire n'est pas prolabé, il est rétroversé, ayant simplement tourné autour de son point d'attache, le ligament infundibulo-pelvien. Celui-ci n'étant pas tiraillé, ou fort peu, n'a guère de raison pour s'allonger.

La plupart des auteurs pensent, avec Vallin, que l'ovaire est en prolapsus pour la même raison que l'utérus est en rétroversion. Ces deux affections étant l'expression d'une même lésion : le relâchement de leurs ligaments.

Effort, chute, traumatisme. — L'effort à lui seul est incapable de déterminer le prolapsus. Il faut, à ce dernier, comme à la hernie, un terrain préparé par l'amoindrissement de ses éléments de suspension ou de contention.

Que, dans ces conditions, un effort brusque fasse que la pression abdominale augmente, qu'elle agisse sur l'ovaire, l'entraînant vers le Douglas c'est compréhensible. Saënger cite le cas d'une jeune fille de 19 ans qui, à la suite d'une chute sur le siège, dans un escalier de cave, présenta une rétro-flexion aiguë avec descente des deux ovaires. La castration avait été proposée. La malade se maria et après la première grossesse les ovaires reprirent leur situation normale.

Il peut arriver, dit Martin (2), que des anses intes-

(1) GOLSPORN. Du sort des ovaires dans les rétrodéviations.

(2) A. MARTIN. Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebenerstöcke.

tinales, remplissant le cul-de-sac recto-utérin, empêchent le prolapsus d'un ovaire lourd avec des ligaments allongés. Une chute peut alors faire remonter ces anses, libérer ainsi le Douglas et le prolapsus peut apparaître.

L'effort peut aider ou hâter un prolapsus, mais il ne le produit que si son action a été préparée par celles de certaines lésions prédisposantes qui ont amené l'affaiblissement des appareils de suspension et de soutènement.

Malformations du bassin. — Skene et Goodell ont insisté sur certaines particularités du bassin qui favoriseraient la descente de l'ovaire. Fréquemment ils auraient observé le prolapsus de cet organe dans les cas de bassin large qui s'écarterait de son obliquité naturelle et reposerait sur la colonne vertébrale en se rapprochant de l'angle droit.

L'axe du détroit supérieur, au lieu de rencontrer la ligne blanche vers l'ombilic tend à se confondre avec celui du tronc. Les ovaires, alors, au lieu de reposer sur un plan presque horizontal, reposeraient « congénitalement » sur un plan oblique formant avec le sacrum un angle aigu. Dans ce cas, la pression des viscères abdominaux agissant sur les ovaires tendrait, quelle que soit la résistance opposée par les ligaments ovariens, à les prolaber dans le Douglas.

Le point d'attache du ligament infundibulo-pelvien sur un point du détroit plus antérieur que d'ordinaire favoriserait encore le prolapsus. Au lieu de tomber

verticalement, ce ligament s'incline alors en bas et en arrière.

Par suite de cette disposition, il résiste moins bien à la pression des intestins.

« *Malformation du Douglas.* — Des anomalies d'étendue et de forme prédisposeraient la fosse de Douglas au prolapsus.

Une forme spéciale, dont Freund (1) a mis l'importance en relief, est réalisée dans le Douglas infantile qui peut persister chez l'adulte. Sa caractéristique est dans une longueur exagérée du fond du cul-de-sac vagino-rectal et une inflexion très atténuée de l'angle obtus à sommet postérieur que forme l'axe du cul-de-sac de l'adulte avec l'axe de l'espace rétro-utérin.

(1) W.-A. FREUND. Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Douglas-Tasche; insbesondere bei Infantilis der selben (Beiträge zur Geburtshilfe und gynäkologie, Bd, II, 1899).

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le prolapsus ovarien ne constitue pas, à lui seul, un syndrome pathologique.

Pendant plus ou moins longtemps sa symptomatologie peut être nulle ou latente. Les accidents n'apparaissent que lorsqu'il y a étranglement, compression intermittente ou occasionnelle.

Les deux symptômes alors accusés sont :

Douleur à la défécation ;

Douleur dans les rapports sexuels.

Ces douleurs, tout à fait comparables d'après les malades, reconnaissent la même cause : le traumatisme de l'ovaire.

Elles apparaissent subitement, sont vives, aiguës, intenses, souvent intolérables et peuvent persister plusieurs heures après l'acte qui les a provoquées.

Elles s'irradient jusque dans la cuisse, le long du nerf génito-crural.

Presque toujours elles s'accompagnent de nausées ;

quelquefois même elles provoquent des vomissements et une véritable défaillance.

En dehors de ces paroxysmes, les malades éprouvent un calme relatif, même complet.

La douleur à la défécation, due au froissement de l'ovaire par le passage des matières fécales durcies, peut manquer si les selles sont régulières ou disparaître lorsqu'on est parvenu à les régulariser. Elle diffère de la douleur fissuraire par le moment de son apparition; elle survient avant d'aller à la selle. On rencontre cette même douleur dans les paramétrites postérieures, mais elle est moins vive, moins syncopale.

Les mêmes douleurs, avec le même caractère d'acuité et d'angoisse, sont signalées dans la marche et la station debout. Une malade de Goodell était, en se promenant, prise d'une douleur subite, tellement intense qu'elle s'arrêtait anxieuse, haletante et devait prendre une voiture pour continuer sa route. L'ovaire gauche, dans ce cas, fut trouvé dans le Douglas, placé d'une façon telle que dans la marche il était comprimé entre le sacrum et l'utérus.

Souvent aussi les malades souffrent pour s'asseoir; elles le font avec précaution, s'asseyant sur une fesse pour éviter le côté malade.

Ces derniers symptômes ne sont pas aussi pathognomoniques de l'affection que les deux premiers. Mais, comme eux, ils sont toujours le résultat de chocs et de froissements de l'ovaire déplacé, bien que ce dernier ne soit atteint d'aucune lésion pathologique.

Ces douleurs sont calmées par le repos et certaines positions qui tendent à réduire le prolapsus : repos

à plat ventre, position gènu-pectorale, position de Trendelenbourg.

A ces symptômes fondamentaux viennent s'ajouter toute une série de troubles, de malaises, qu'il faut rapporter aux états inséparables, le plus souvent, du prolapsus. Ce sont des signes d'irritabilité de la vessie, des besoins fréquents d'uriner, des douleurs lombaires, une sensation de pesanteur pelvienne, signes habituellement rencontrés dans le cas d'affaissement du plancher pelvien. Le prolapsus ovarien étant l'expression du relâchement de ses ligaments, s'associe presque toujours à cet état.

Tels sont les symptômes fréquemment rencontrés dans le prolapsus des ovaires « sains ». Mais, ce prolapsus s'accompagne très souvent et très vite de lésions inflammatoires ; soixante fois sur soixante dix-sept, d'après Mundé, les ovaires prolabés sont congestionnés, hypertrophiés.

Des signes d'ovarite viennent donc s'ajouter compliquant et augmentant les symptômes que nous venons d'étudier et la malade n'éprouve plus entre les paroxysmes douloureux, ces périodes de calme absolu propres au prolapsus non compliqué.

La douleur, continuelle, constante, beaucoup plus intense au moment des règles, est à peine soulagée par les changements d'attitude. Elle s'irradie vers la région lombo-sacrée, les aines, les cuisses. La malade se plaint d'élancements, de sensation de cuisson, de brûlure, de déchirement du côté du sacrum, de ténésme rectal... On observe des troubles réflexes gastriques et intestinaux variés.

Très souvent aussi le prolapsus ovarien est associé, nous l'avons vu, à une déviation utérine ; on trouve alors masquant ou augmentant les signes du prolapsus, ceux qui appartiennent à la déviation.

Le prolapsus des ovaires est assez rarement un fait isolé ; il accompagne toute une série d'états morbides qui rendent le tableau symptomatique du prolapsus lui-même moins net.

TROUBLES GÉNÉRAUX

Quelques troubles généraux doivent être signalés : un sentiment de lassitude, de dégoût pour les efforts intellectuels et physiques, des alternatives de gaieté et de mélancolie inexplicables « tout un ensemble de phénomènes qu'on a l'habitude d'englober sous le nom d'irritation ovarienne, de névralgie ovarienne, de nervosisme. Ce qui s'explique aisément puisque par suite de son déplacement un organe aussi sensible est exposé aux froissements, puisque sa circulation et son innervation sont en partie entravées » (Vallin).

Ces troubles nerveux peuvent revêtir des formes plus graves. On a cité des cas d'hystérie (Baraduc), d'épilepsie (Mundé), même d'aliénation mentale qui seraient disparus le jour où le prolapsus découvert par hasard, aurait été traité convenablement.

DYSMÉNORRHÉE INTER-MENSTRUELLE

A tous ces symptômes viennent s'ajouter un certain degré de dysménorrhée, mais plus particulièrement de dysménorrhée inter-menstruelle.

Chez quelques malades (Obs. I, II, III, IV) on observe, en effet, régulièrement entre deux époques menstruelles des douleurs, une métrorrhagie ou de simples pertes blanches. C'est l'ensemble de ces phénomènes qui constitue la dysménorrhée inter-menstruelle.

Vers le dixième, douzième ou quatorzième jour après l'écoulement sanguin, apparaît dans la région ovarienne, plus fréquemment à gauche, une douleur intermittente donnant la sensation de crampes ou de contractions utérines avec irradiation à l'aîne, aux reins, dans les jambes, et parfois si forte que la malade est obligée d'interrompre ses occupations.

Elle peut ne durer que quelques heures, généralement elle persiste deux ou trois jours avec des périodes de rémission relative ou complète. Quelquefois même, elle se prolonge jusqu'au retour des règles suivantes.

En même temps que cette douleur, il se produit par le vagin un suintement séreux, muqueux ou un écoulement rosé, même franchement sanguin, plus rarement aqueux hydrorrhéique.

Souvent ces pertes terminent simplement la crise de colique inter-menstruelle et cessent après quelques heures.

Mais, en général, elles apparaissent en même temps que la douleur et se prolongent avec elle pendant deux ou trois jours.

Il est des cas où cet écoulement fait complètement défaut, mais l'absence de douleur n'a jamais été signalée.

La caractéristique de ces symptômes est d'apparaître régulièrement chaque mois et toujours à la même époque pour la même malade.

Beaucoup de théories ont été émises pour expliquer les causes de cette affection.

La dysménorrhée intermenstruelle est considérée par certains auteurs comme quelque chose de pathognomonique et l'exagération d'un processus normal.

Bouilly pense qu'on ne peut méconnaître l'influence de l'ovaire, et ne pas croire qu'il s'agit dans cette influence d'une véritable poussée congestive intermenstruelle, se passant dans cet organe et aboutissant à une fausse menstruation, autrement dit à une menstruation intercalaire. Pour lui cet accident serait nettement pathologique.

S'agit-il d'une poussée ne se produisant que dans les cas où il existe une lésion ovarienne plus ou moins masquée ? Le phénomène, en tout cas, semble appartenir à des prédisposées nerveuses chez lesquelles les sensations d'ordre physiologique et pathologique acquièrent une acuité exagérée. Aussi paraît-il nécessaire de tenir grand compte du terrain et de faire une large part à l'élément nerveux des malades, et l'étiologie, s'il fallait la résumer d'un seul mot, pourrait être ainsi formulée : « reliquat de petites lésions et spécialement de lésions ovariennes chez des nerveuses.

Stapfer décrit l'existence de deux molimens congestifs mensuels, ainsi que l'époque précise de ces deux molimens qu'il rattache l'un à la maturation du follicule de de Graaf, c'est le molimen de la ponte ;

l'autre à la maturation du corps jaune, c'est le molimen cataménial. Ces deux molimens accompagnés de vaso-dilatation et de vaso-constriction périodiques à la fois génitales et erratiques (théorie des vagues utéro-ovariennes de Stapfer). Pour cet auteur, ces vagues sont nettement physiologiques ; quant à la dysménorrhée intermenstruelle, il l'explique par une perturbation de la première vague, celle de la ponte.

Pour nous, cette dysménorrhée intermenstruelle est un signe d'ovarite chronique, elle est liée au phénomène d'ovulation qui se produit en général du quatorzième au huitième jour avant les règles, et elle est sans doute, dans ces cas, produite par la gêne toute mécanique que détermine l'enclavement de l'ovaire dans le Douglas.

Elle existe surtout dans les petites lésions ovariennes : oophorite chronique ;

Paramétrite ou métrite chronique avec retentissement sur l'ovaire : ovarite sclérokystique ;

Déplacement ovarien avec stase ou prolapsus avec étranglement : ovarite aiguë traumatique.

Elle n'existe pas dans les salpingo-ovarites suppurées, parce que ces lésions sont tellement profondes que les malades souffrent depuis l'ovulation jusqu'à la menstruation. Elles ont des douleurs pré-menstruelles et menstruelles qui se continuent et se confondent, elles ont d'autre part des troubles menstruels, leurs règles avancent souvent. Elles n'ont pas la double poussée et la double accalmie, mais simplement l'accalmie post-menstruelle.

SIGNES PHYSIQUES

A tous les symptômes que nous venons d'étudier, viennent s'ajouter les signes physiques, c'est-à-dire les résultats fournis par l'exploration vaginale, rectale ou bimanuelle.

Toucher vaginal. — Au toucher, l'utérus peut être trouvé normal dans sa situation, sa forme, son volume et parfaitement mobile. Souvent on constate une rétroversion ou une rétroflexion. Derrière l'utérus, ou un peu sur le côté, à la limite des culs-de-sac postérieur et latéral, plus fréquemment à gauche qu'à droite on sent une petite masse très mobile, de la forme et du volume d'une amande, douce au toucher et légèrement sensible à la pression si l'on est en présence d'un prolapsus d'ovaire sain. Si l'ovaire est hypertrophié ou enflammé, son volume est augmenté et à la pression on réveille une douleur « exquise » qui souvent arrache des cris à la malade.

Cette douleur présente les mêmes caractères que celle accusée dans les rapports sexuels et à la défécation.

Toucher rectal. — Permet l'exploration large de la face postérieure de l'utérus et des annexes à travers la simple paroi rectale.

Toucher rectal et vaginal combinés, l'index dans

le vagin et le médius dans le rectum, permet souvent l'accès jusqu'à l'ovaire prolabé, et lorsqu'on essaye de le saisir entre les deux doigts « il s'échappe comme un noyau de cerise ».

Ici, l'*exploration bimanuelle* sert surtout à révéler l'intégrité des annexes et à se rendre compte que l'ovaire n'occupe pas sa position normale.

Si l'on fait prendre à la malade la position genu-pectorale ou la position Trendelenbourg, l'ovaire fuit sous le doigt, il tend à reprendre sa position normale. Le prolapsus est réduit momentanément.

FORMES CLINIQUES

Le groupement variable des signes que nous venons d'étudier peut donner naissance à un certain nombre de formes cliniques :

1° Forme latente. L'ovaire est abaissé mais pas suffisamment pour être pincé entre les organes ; il ne donne lieu à aucun symptôme.

2° Forme subaiguë correspondant à des phénomènes de compression continus mais tolérables ; compression produite par un utérus métritique ou rétroversé.

3° Forme aiguë qui correspond à l'étranglement ovarien déterminé souvent par la compression d'un pessaire.

Une quatrième forme est *particulière aux suites de couches*. Elle survient vers le 13^e ou 15^e jour après l'accouchement.

L'agent de compression est alors l'utérus en subinvolution.

Les malades souffrent dans un côté du bassin, dans la jambe ; la défécation est douloureuse.

DIAGNOSTIC

Le prolapsus de l'ovaire est, nous l'avons vu, assez fréquent, mais ce diagnostic résumé à cette simple formule sera assez rarement posé si l'on ne pratique pas un toucher méthodique passant successivement en revue l'utérus et les annexes.

Dans les formes latentes où il n'y a pas de symptômes particuliers, simplement quelques malaises vagues, le diagnostic se base presque exclusivement sur les caractères de la tumeur au toucher : petit corps ovoïde, aplati sur ses faces, bien circonscrit, mobile, toujours un peu sensible, d'une sensibilité spéciale et réduction possible par les examens en différentes positions (genu pectoral Trendelenbourg). On pourra attendre le retour des prochaines règles pour vérifier l'augmentation de volume à cette époque.

Dans les formes aiguës ou subaiguës, des symptômes bien définis (douleur à la défécation, dans les rapports sexuels) inspirent l'examen des annexes et le diagnostic est alors facilement fait.

Le prolapsus ovarien doit être distingué avec soin de quelques affections qui peuvent le simuler grâce à la présence de tuméfactions ou de tumeurs dans le cul-de-sac postérieur.

Une *rétroversion* se distingue aisément : la tumeur

est franchement médiane, plus étalée, elle fait partie de l'utérus.

Dans la *rétroflexion* un sillon sépare le col du corps utérin, mais l'exploration bimanuelle permet de s'assurer de la continuité et de la dépendance des deux.

Enfin l'hystérométrie lèverait tous les doutes.

Un *fibrome sous-péritonéal pédiculé* est plus dur, moins douloureux au toucher, il donne lieu à des hémorragies répétées, et il n'augmente pas de volume au moment des règles.

Annexite adhérente, la tumeur est irrégulière, plus diffuse.

Nodosités dures provenant de pelvi-péritonite ancienne ou d'hématocèle résorbée.

Les antécédents alors éclairent le diagnostic.

PRONOSTIC.

Le prolapsus des ovaires n'a aucune tendance à guérir spontanément. Abandonné à lui-même, il ne peut que s'aggraver car il amène la congestion et celle-ci favorise l'inflammation.

Traité convenablement, les résultats sont presque toujours très satisfaisants comme le montreront les observations que nous avons pu réunir.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement du prolapsus ovarien, préconisé par les premiers auteurs, était purement médical et symptomatique.

Rigby purgeait ses malades pour diminuer les douleurs à la défécation, plaçait des sangsues pour décongestionner l'ovaire atteint d'ovarite et leur faisait prendre la position inclinée, pieds plus haut que le bassin, pour éviter les froissements de l'ovaire.

Actuellement, ce traitement peut être divisé en :
1° traitement par les pessaires ; 2° traitement curatif ou chirurgical.

1° TRAITEMENT PAR LES PESSAIRES

Les pessaires peuvent être indiqués dans deux sortes de cas :

Prolapsus sans rétroversion,

Prolapsus avec rétroversion.

Dans les cas sans rétroversion, le prolapsus ovarien résulte, en effet, de deux choses : d'un allonge-

ment des ligaments ovariens, d'une malformation du Douglas.

Avec un pessaire on peut, après réduction de l'ovaire prolabé, chercher l'effacement de la cavité du Douglas par la tension des parois vaginales et en particulier du cul-de-sac postérieur.

C'est ainsi que dans notre observation I, la malade s'est trouvée si heureusement transformée par le port de son pessaire, agissant dans le sens précédemment indiqué, qu'elle a toujours refusé toute intervention chirurgicale.

Dans les cas où le prolapsus ovarien est associé à une rétroversion, c'est à la correction et au maintien de l'utérus qu'il faut s'adresser.

Quelquefois, par la simple réduction de celui-ci, on peut obtenir la réduction des ovaires prolabés.

Dans tous ces cas, il faut chercher par le toucher si la réduction ovarienne s'est bien faite afin d'éviter de mettre un pessaire qui laisserait, au-dessous de lui, l'ovaire en mauvaise position.

S'il y a des difficultés à réduire ainsi l'ovaire, on peut essayer la réduction dans la position genupectorale.

Quel genre de pessaire faut-il adopter ?

Pour la rétroversion, le pessaire le plus couramment employé est celui de Hodge ou de Smith ; il peut donner ici de bons résultats.

Mais, dans tous les cas où l'on emploie un pessaire à branches minces, il faut se méfier que dans un effort l'ovaire ne puisse se déplacer et glisser entre la paroi pelvienne et le pessaire pour venir se

placer au-dessous de lui où il sera fatalement comprimé.

Pour éviter cet inconvénient, nous avons toujours eu recours aux anneaux à grosse section : les pessaires en ébonite creux. C'est, d'ailleurs, le conseil que nous retrouvons chez un certain nombre d'auteurs américains. Cleveland, en 1877, prétend que toute difficulté au maintien de l'ovaire prolapsé disparaîtrait si l'on faisait usage de pessaires assez larges pour retenir l'ovaire suspendu ou du moins pour ne pas lui laisser d'espace libre où il pourrait se prolaber.

Mundé, en 1879, préconise également des pessaires à bulbe.

Quel est le résultat définitif du traitement par les pessaires ?

Le fait de maintenir l'ovaire pendant longtemps en bonne position peut permettre aux ligaments distendus de revenir sur eux-mêmes.

Toutefois, c'est là un point difficile à trancher. Il est possible qu'on obtienne des guérisons dans certains cas de ptose, lorsque l'état général s'améliore et que les tissus reprennent une plus grande tonicité. Il est difficile sur ce point de fournir des résultats ; ce sont ceux qu'on obtient dans le traitement des ptoses en général. Dans les cas de prolapsus liés à des malformations congénitales, il paraît difficile d'espérer un résultat définitif par le simple traitement orthopédique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La première tentative semble remonter au docteur Lusk qui, en 1880, cite un cas de prolapsus traité par la castration par voie abdominale.

Mundé, qui assistait à la discussion, prétendit l'avoir préconisé deux ans auparavant.

Depuis cette époque, les méthodes opératoires se sont multipliées.

Parmi les moyens chirurgicaux de remédier au prolapsus ovarien, il en est trois qui viennent immédiatement à l'esprit :

1° Suppression radicale de l'ovaire douloureux (castration);

2° Fixation en situation normale ou voisine de la normale de façon, en tout cas, à éviter le prolapsus;

3° Oblitération du Douglas.

Cette oblitération pouvant constituer la seule intervention ou, mieux, être un complément de la fixation ovarienne.

Castration. — Elle peut être pratiquée par la voie vaginale ou abdominale.

Par l'une ou l'autre voie elle est très simple mais c'est la question d'indication qui paraît plus discutable.

Enlever un organe parce qu'il est déplacé alors qu'il paraît si simple de le conserver et de le fixer ne va pas avec les idées modernes plus conservatrices. Toutefois, la castration unilatérale peut trouver certaines indications car, dans la moyenne des cas,

un seul ovaire est prolabé, et, surtout si cet ovaire est gros, œdématié kystique suspect au point de vue lésion. Le chirurgien préfère alors enlever un ovaire douteux que d'exposer la malade à voir réapparaître ses douleurs du fait d'une ovarite secondaire qui existe déjà.

Il faut cependant savoir que les lésions congestives de l'ovaire en prolapsus sont des lésions secondaires et qu'elles rétrocedent très vite, l'organe étant remis en place. C'est la non connaissance de cette lésion qui a fait de temps en temps enlever des ovaires qu'on aurait pu fixer.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Oophoropexie. — Cette opération a été pratiquée par de nombreux procédés que nous classerons de la façon suivante :

I. Les uns s'adressent aux ligaments ovariens proprement dits et en font le raccourcissement ; c'est le procédé d'Imlach qui consiste à saisir le ligament suspenseur au niveau de son entrée dans le bassin, c'est-à-dire, du croisement avec le détroit supérieur et un autre point au niveau du hile de l'ovaire. En serrant ce fil, le ligament infundibulo-pelvien est ainsi froncé et l'ovaire remonté à sa place normale.

Imlach en 1885 a pratiqué 14 fois cette opération.

C'est de la même idée que dérive le procédé de Sænger.

Il consiste à passer un fil toujours vers le hile de l'ovaire et un autre dans le ligament tubo-ovarien.

Par ce point, l'ovaire est remonté et rapproché du pavillon tubaire.

Dans les deux cas où Sænger appliqua son procédé (obs. V et VI) non seulement les malades furent guéries, mais l'une d'elle devint enceinte.

Le reproche que l'on peut faire à ces procédés c'est tout d'abord le peu de solidité qu'ils présentent et dès lors le peu de garantie pour l'avenir. Ce reproche est purement théorique, les malades n'ayant pas été suivies.

Le résultat doit varier avec l'épaisseur et la résistance des ligaments, choses très variables suivant les individus.

II. Un second groupe de procédés comprend la fixation de l'ovaire en n'importe quel point du bassin. Dans ce groupe, nous devons comprendre le procédé de Jaboulay qui fixa un ovaire et une trompe au péritoine de la ligne blanche après une laparotomie médiane.

Un grand nombre d'auteurs américains, Hirst en particulier, ont préconisé la fixation aux parois latérales du bassin. D'un côté, on passe un fil au niveau du hile de l'ovaire et de l'autre on cherche un point à distance convenable qui permette un rapprochement sans traction.

Sur cette question de la fixation pariétale il y aurait lieu d'essayer d'apporter de plus grandes précisions.

III. Le troisième groupe de procédés est basé sur un principe tout différent : c'est celui de la transposition de l'ovaire en avant du ligament large.

Cette transposition anté-ligamentaire a été faite par M. Mauclore en 1900, et depuis il l'a exécutée un certain nombre de fois.

Elle comprend les temps suivants : 1° perforation du ligament large ; 2° libération de l'ovaire par section de la frange tubo-ovarienne ; 3° passage de l'ovaire à travers cette fente, suture du pavillon tubaire à la face antérieure du ligament large ou sur l'ovaire.

Ce procédé était une amélioration du procédé de Barrows qui s'était contenté de faire la transposition en avant de la trompe et de placer l'ovaire entre la trompe et le ligament rond, tandis que M. Mauclore place l'ovaire en avant du ligament rond.

IV. Un quatrième groupe de procédés comprend ceux qui comptent sur la fixation utérine ou sur les raccourcissements des ligaments utérins pour parer au prolapsus ovarien.

Dans ce groupe nous devons ranger le procédé de Goldspohn.

Cet auteur, très partisan de l'opération d'Alquié-Alexander, prétend que le raccourcissement par voie inguinale des ligaments ronds, tire sur tout le péritoine et tous les ligaments sous-péritonéaux du pelvis et que de cette façon on remonte considérablement l'ovaire prolapsé.

Si par ce raccourcissement on n'obtenait pas un résultat suffisant, on pourrait toujours par cette voie ajouter un point sur le ligament infundibulo pelvien comme dans le procédé d'Imbach.

Hystéropexie. — L'hystéropexie directe on indi-

recte constitue un très bon moyen d'agir sur l'ovaire.

Par le relèvement et la fixation de l'utérus, l'ovaire resté bas ne peut plus s'enclaver.

Beaucoup d'auteurs ont eu recours, uniquement à ce procédé, soit hystéropexie directe, soit hystéropexie indirecte, par les ligaments ronds dont le procédé de Doléris est le type.

Dans ces cas, il serait peut-être intéressant de faire l'inclusion intra-pariétale des ligaments ronds un peu haut dans la paroi abdominale.

Indications opératoires. — Il sera toujours nécessaire d'intervenir chirurgicalement lorsque la douleur devient insupportable, malgré les moyens employés pour la combattre (repos, position gène-pectorale prise plusieurs fois par jour, port d'un pessaire).

Il s'agit alors de choisir le procédé qui remplira le mieux les conditions suivantes :

Remettre l'ovaire en place sans qu'il soit exposé à des troubles circulatoires, que la fixation tienne et que l'ovaire ne soit pas trop éloigné de la trompe.

Ceci étant posé ; s'il y a rétroversion concomitante il faut d'abord s'adresser à celle-ci ; le prolapsus pourra, peut-être, être réduit suffisamment, si non, on ajoutera un petit point.

S'il n'y a pas de rétroversion, on s'adressera à l'ovaire seul ; raccourcissement de son ligaments'il est suffisamment solide, associé à l'oblitération du Douglas

Si le ligament né présente pas une solidité suffisante, on fera la transposition anté-ligamentaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M le docteur VIOLET.)

Janvier 1909. — Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans qui vient me consulter, parce qu'elle a depuis quelque temps des crises douloureuses intermenstruelles très vives. Elle souffre au point d'être obligée de garder le lit pendant une journée. Ses règles, au contraire, ne sont pas douloureuses du tout ; elles durent quatre jours, sans grande hémorragie, sans caillot, sans colique.

Huit ou dix jours après la fin des règles, des douleurs assez vives, avec pesanteur dans le bas-ventre, s'installent et une petite hémorragie survient qui dure trois ou quatre heures.

Pendant les deux ou trois jours du milieu de l'espace intermenstruel, cette malade est dans l'impossibilité de marcher, de sortir, de descendre ses escaliers ; elle souffre pour s'asseoir. Elle ne peut plus s'asseoir franchement, mais de biais, sur une seule fesse.

En somme : crise douloureuse intermenstruelle avec molimen hémorragique, sans dysménorrhée au moment des règles.

En dehors de cette phase intermenstruelle qui dure trois ou quatre jours, la malade va très bien, ne souffre absolument pas du ventre.

Dans les antécédents nous trouvons très peu de chose. Il

s'agissait d'une femme qui n'avait pas eu d'enfant, qui avait eu une fausse couche de deux mois ; il y avait cinq ans, qui, étant jeune fille, souffrait beaucoup de ses règles, avait des douleurs en coliques s'accompagnant quelquefois de vomissements.

Cette dysménorrhée avait été tout à fait guérie par la fausse couche, car il s'agissait d'une dysménorrhée mécanique par sténose du col utérin.

Cette fausse couche avait été sans suite fébrile.

Depuis deux ou trois ans, elle avait vu apparaître ces phénomènes douloureux intermenstruels qui étaient allés en s'aggravant progressivement.

A l'examen, il s'agit d'une petite femme à paroi abdominale mince, facile à palper.

Examen gynécologique. — Ce ne fut pas à mon premier examen que je trouvai le mot de l'énigme. Je trouve noté sur mon cahier : antéflexion et paramétrite postérieure légère.

Latéro déviation gauche avec col à droite.

Je conseillais un traitement médical et je demandais un nouvel examen le mois suivant, au moment ou un peu avant la phase douloureuse.

Au deuxième examen, je trouvai une petite masse dans le cul-de-sac postérieur, légèrement kystique, très douloureuse à la moindre pression, et que, par le toucher vaginal et rectal combinés, je trouvai d'un volume correspondant à celui d'un gros ovaire.

Rassuré par mon premier examen qui ne m'avait pas montré d'annexité, je tentai la réduction de cette petite masse. Je mis la malade en position de Trendelenbourg, et faisant en même temps de très légères pressions, j'obtins très facilement la réduction de cette petite masse, et je me rendis compte qu'il s'agissait de l'ovaire gauche, que je pus sentir par le palper et toucher combinés, plus gros et plus douloureux que celui de droite.

Frappé par ces constatations, je pensai que la situation de cet ovaire en prolapsus dans le Douglas était bien capable d'expliquer ces phénomènes douloureux. Mais, tenant à voir si les phénomènes se reproduiraient je laissai repartir la malade sans pessaire.

Après cette réduction qui eut lieu six jours après la fin des règles, la crise douloureuse intermenstruelle ne survint pas. Mais, la fois suivante, neuf jours après la fin des règles, dans la nuit, les mêmes douleurs revinrent et durèrent le lendemain et le surlendemain.

A un nouvel examen, je retrouvai l'ovaire dans le Douglas. Je pratiquai à nouveau la réduction, et cette fois, je mis un Hodge qui, par la tension du cul-de-sac postérieur, devait barrer aux ovaires la poche du Douglas. Ceci se passait le 31 avril 1909.

Depuis, cette malade a été revue à différentes reprises ; elle n'a plus eu aucune récidive de ses crises. Se sentant très bien, elle est très active, elle fait de longues promenades, de grandes excursions sans aucune douleur.

Par contre, chaque fois qu'on enlève le pessaire soit uniquement pour le changer ou pour le nettoyer et qu'on laisse la malade une huitaine de jours sans anneau, très vite, il y a un changement considérable. La malade se trouve moins bien, elle souffre des reins, elle souffre au moindre effort, elle souffre pour s'asseoir et des petits signes qu'elle avait avant le port du pessaire, mais auxquels elle avait attaché moins d'importance, étant surtout préoccupée de ses crises douloureuses intermenstruelles. Elle les note actuellement avec beaucoup de précision en comparant l'état dans lequel elle se trouve lorsqu'elle a son pessaire.

Depuis, nous avons essayé de reproduire, pour ainsi dire, expérimentalement ces phénomènes.

L'ablation du pessaire est très rapidement suivie de malaises locaux ; très rapidement la douleur pour s'asseoir réapparaît et le molimen douloureux intermenstruel ne manque pas.

La malade, qui s'est prêtée deux fois à cette expérience en l'espace de six mois, ne veut plus qu'on la prive de son anneau, tellement elle est sûre des conséquences.

D'autre part, chez notre malade, il y avait un moyen bien curieux de reproduire immédiatement la descente des ovaires dans le Douglas : il fallait, la malade étant étendue sur une chaise longue, le pessaire enlevé, soulever l'utérus avec un ou deux doigts passés derrière le col pour voir immédiatement les ovaires glisser derrière l'utérus et celui-ci retomber sur les ovaires.

On aurait dit qu'en soulevant ainsi l'utérus, on développait un espace jusque là virtuel dans lequel les ovaires s'engageaient immédiatement dès qu'on laissait tomber l'utérus, si si on retournait la pulpe des doigts contre la paroi vaginale postérieure on y sentait les deux ovaires accolés.

Cette malade à qui nous avons proposé une intervention chirurgicale avec fixation des ovaires l'a refusée constamment n'ayant trouvé pendant ces trois ans aucun inconvénient dans le port de son pessaire.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET)

M^{me} X..., janvier 1913, jeune femme 26 ans, 3 enfants, 2 fausses couches.

Depuis son dernier accouchement, elle souffre des reins et dans le bas-ventre avec sensations de poussées dans l'anus.

Depuis un certain temps, elle est soignée pour une rétroversion avec utérus gros. Cette rétroversion est associée à une ptose abdominale et à un relâchement très marqué de la paroi abdominale.

La rétroversion utérine n'est pas très accentuée : rétroversion au deuxième degré.

On met un pessaire de Hodge et pendant un certain temps la malade va mieux.

Depuis deux mois la malade souffre de nouveau, d'une façon plus marquée dans les efforts et dans la marche.

Elle éprouve plus particulièrement des douleurs au moment où elle va s'asseoir.

Les rapports sexuels sont très douloureux.

Les deux dernières règles ont été très douloureuses et au milieu du mois la malade a eu une exacerbation des douleurs et une petite perte de sang.

Le pessaire est toujours en place. A l'examen, on trouve que l'utérus est encore vertical, sa mobilisation est douloureuse.

Au-dessous de l'arc postérieur de l'anneau, entre celui-ci et le périnée, on sent un peu à gauche un corps dur, douloureux, du volume d'un petit œuf sur lequel toute pression est très douloureuse.

On sort l'anneau, immédiatement la malade est soulagée.

La malade est mise en position genu-pectorale ; l'ovaire est ainsi réduit très facilement et on place un gros anneau rond en ébonite.

Cet anneau a été très bien supporté et depuis la malade n'a plus eu d'accident.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET)

M^{me} X., 23 ans, mariée depuis cinq ans.

Une fausse couche au début du mariage.

Une grossesse deux ans après suivie de métrite.

Une seconde fausse couche de deux mois un an après.

Depuis cette dernière fausse couche, la malade ne va pas bien, elle souffre des reins ; la marche lui est très difficile, les rapports sexuels sont douloureux ; il y a quelques sécré-

tions purulentes. Mais, tout était supportable jusqu'à il y a quelques mois.

Depuis trois ou quatre mois, la situation s'est aggravée ; la malade hésite à sortir de chez elle, a descendre ses escaliers. Elle souffre pour s'asseoir, les règles sont douloureuses et vers le milieu du mois, pendant un jour ou deux elle souffre encore davantage sans toutefois perdre de sang.

A l'examen on constate un utérus en rétroversion, gros, douloureux, un peu dévié à gauche et couché sur des masses plus petites, dures, très douloureuses, remplissant le Douglas.

Toute pression sur les annexes aussi bien que sur l'utérus est excessivement douloureuse et je suis obligé d'y renoncer. J'essaye très doucement des tentatives de réduction par la position genu-pectorale, en laissant rentrer un peu d'air dans le vagin.

Grâce à cette position, on arrive à sentir que les annexes prolabées se réduisent et on décide de mettre quelques tampons de soutien.

La malade supportant mal les tampons, je conseille une intervention.

Laparotomie (janvier 1903).

L'utérus est gros, violacé, couché sur les annexes prolabées et enclavées dans le Douglas.

Les deux trompes sont saines, mais les ovaires sont gros, œdémateux, l'ovaire gauche étant plus bas que le droit. Ces deux ovaires sont très hypertrophiés, légèrement scléreux vers le hile et jusqu'à la périphérie.

On décide d'enlever l'ovaire gauche suspect, on fixe l'ovaire droit par un point de froncement du ligament infundibulo-pelvien et on fixe l'utérus à la paroi abdominale par l'origine des ligaments ronds.

Suites simples.

La malade est revue quelque temps après ; elle ne souffre plus.

Elle a eu une grossesse un peu douloureuse qui s'est

terminée par un accouchement au troisième mois ; mais la malade n'a pas pris beaucoup de précautions pour éviter un accouchement prématuré.

OBSERVATION IV

E. W., âgée de 16 ans, fut admise à l'hôpital en octobre 1905.

Pas de grossesse ni de fausse couche.

Premières règles à 13 ans, toujours régulières, mais douloureuses ; elles durent trois à cinq jours.

La douleur précède l'écoulement d'une semaine à peu près et se continue une semaine après.

Cette douleur est localisée au bas-ventre et dans les reins. En même temps, céphalée occipitale intense.

Depuis le mois de juin, les crises douloureuses se sont produites indépendamment de l'écoulement tous les quinze jours. Pendant quelques unes de ces crises la malade présente des convulsions hystérisiformes qui durent dix à vingt minutes et la laissent très faible.

Ces convulsions sont toujours précédées par la douleur et la malade sent venir sa crise.

A l'examen, sous anesthésie, on trouve l'utérus en rétroversion et les deux ovaires dans le cul-de-sac de Douglas. La malade était très anémique mais ne présentait aucune autre lésion.

Intervention. — *Laparotomie.* — Raccourcissement des ligaments utéro-ovariens par deux points de suture (soie fine). Le premier point prend légèrement mais fermement dans l'utérus près du bord inférieur du ligament ovarien ; il est ensuite continué à travers une portion du ligament et prend fermement dans le ligament près de l'ovaire. Le deuxième point est placé de la même manière mais près du bord

supérieur du ligament. Quand ces points sont attachés, l'ovaire est amené tout près de l'utérus, juste derrière la région de la trompe.

La convalescence fut très bonne. La malade est revue en août 1906, elle va très bien, n'éprouve plus aucune douleur et n'a jamais eu de nouvelles crises nerveuses.

Williams Gardner, *American journal of obstetric*, New-York, 1906.

OBSERVATION V

Journalière, 34 ans, cinq grossesses normales, la dernière en novembre 1893. Etat fébrile; soignée comme métrite pendant quelques semaines, vient à la polyclinique depuis un an.

Diagnostic. — Déchirure bilatérale du col au deuxième degré, endométrite cervicale, résidus cicatriciels de paramétrite gauche. Rétroversion utérine. Prolapsus des ovaires. Périophorite double.

La patiente a été traitée toute une année sans résultat; c'est pourquoi elle accepte volontiers une intervention radicale.

Le 14 juillet 1895 : Coeliotomie en position haute du bassin. Le petit bassin était rempli de liquide d'ascite. Les ovaires étaient mobiles sans kystes saillants. L'utérus fut porté en en avant et fixé des deux côtés au moyen de deux sutures au fil de soie placées au travers des cornes utérines, contre la paroi abdominale antérieure latéralement à la ligne médiane.

Les annexes qui se trouvaient dans le Douglas furent attirées isolément et fixées à la paroi latérale du bassin par le procédé suivant : On place deux sutures de fixation à la soie fine qui traversent le mésosalpinx près du pavillon de la trompe et vont s'attacher à un pli du péritoine pariétal du petit bassin soulevé avec des pinces au niveau du ligament suspenseur de l'ovaire.

L'ovaire se trouve ainsi ramené à sa position normale.

La convalescence fut normale. A un examen ultérieur, l'utérus très rapetissé se trouvait bien antéfléchi. Les ovaires étaient difficiles à atteindre latéralement ; les troubles subjectifs ont tous disparu.

(Sænger Centralblatt f. gynecologie 1896, n° 9).

OBSERVATION VI

Journalière, 31 ans, accouche une fois sans secours, il y a eu six ans. Avorte une fois au sixième mois.

Etat actuel. — Incapacité de travail. Est à la polyclinique depuis décembre 1894.

Diagnostic. — Rétroversion utérine. Prolapsus des ovaires. Périophorite chronique double. Les deux ovaires sont très augmentés de volume. Surface tomenteuse. Ils sont sensibles à la pression.

Après un traitement symptomatique sans succès pendant quelques mois, on pratique la cœliotomie en vue de libérer les ovaires de leurs adhérences et de les fixer en position normale.

Les deux ovaires sont reliés entre eux par des adhérences filiformes, nombreuses, facilement séparables. Des deux côtés, un certain nombre de kystes folliculaires gros comme des cerises ponctuent leur surface. On fait six ignipunctures à gauche, quatre à droite. Ensuite, pelvifixation d'une façon différente du cas précédent.

On place au niveau du bord libre du ligament infundibulopelvien, qui est toujours allongé dans le prolapsus, à environ 4 ou 5 millimètres de l'ovaire, deux fils l'un à côté de l'autre, et on les fixe comme dans le premier procédé (de Saenger) à un pli du péritoine pariétal, tout près du ligament suspenseur.

Les ovaires étaient revenus en situation normale. La convalescence fut normale. Les troubles antérieurs disparurent. Les examens ultérieurs montrent les ovaires restés en bonne situation. Entre temps, la femme conçut de nouveau. Elle est au sixième mois de sa grossesse.

(Sænger Centralblatt f gynecologie 1896, n° 6.)

OBSERVATION VII

Jeune femme de 23 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} mai 1903. Cette malade est accouchée normalement en février 1902. Depuis les règles sont peut-être plus abondantes qu'auparavant. De plus, pendant la marche, survint, d'une façon irrégulière, une douleur dans la région de la fosse iliaque droite. Peu à peu, les douleurs se localisèrent dans la région hypogastrique. C'était une sensation de tiraillement, de pesanteur sur le périnée. C'était une douleur sourde, continue, se calmant pendant la position couchée, augmentant au moment de la défécation et pendant les rapports sexuels.

Depuis un an, ces douleurs n'ont pas diminué d'intensité; au contraire, tout récemment, elles se compliquèrent de coliques utérines qui rappelaient à la malade les douleurs prémonitoires de l'accouchement.

Les pertes blanches concomitantes étaient peu abondantes.

Fatiguée par cet état douloureux, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen de l'abdomen, les parois paraissent un peu relâchées.

Du côté de la vulve, il n'y a pas d'effondrement du plancher péritonéal, ni de déchirure de la fourchette.

Au toucher vaginal, le col n'est pas prolabé, il est dévié un peu en avant et peu volumineux. L'orifice présente une déchirure à gauche, il n'est pas ouvert outre mesure. On ne

sont pas le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse, il est déplacé en arrière, en rétroversion et volumineux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse globale, représentée par le fond de l'utérus et se continuant sur les côtés dans les culs-de-sac latéraux avec de petites masses arrondies, sensibles au toucher; ce sont les ovaires et les trompes prolabés, paraissant légèrement augmentés de volume.

La malade est laissée au repos plusieurs jours; on répète l'examen pour bien établir qu'il ne s'agit pas d'une « neurasthénique génitale ».

On se décide à pratiquer une intervention, c'est-à-dire, la transposition antéligamentaire et l'hystéropexie par affrontement.

(Prolapsus ovarien douloureux, Dr MAUCLAIRE, *Semaine Gynécologique*, 1^{er} septembre 1903).

Les résultats de l'opération ne sont pas indiqués, mais dans un numéro paru postérieurement, M. Mauclore, dit avoir pratiqué sept fois cette opération, avoir revu quatre de ses malades, chez lesquelles les douleurs étaient complètement disparues.

Les trois autres ne sont pas revenues le consulter.

OBSERVATION VI:1

K. M., 22 ans, mariée, danseuse de ballet, me consulta le 1^{er} mai 1902. La malade était pâle, anémique, chétive, très nerveuse, émotive. Fut réglée à 13 ans. Règles régulières. Danseuse depuis son enfance. Et depuis l'apparition de ses règles, souffre de violents maux de ventre. Douleurs dans la région pelvienne, s'irradient vers les cuisses, accrues par l'exercice. La malade s'est évanouie plusieurs fois pendant un paroxysme douloureux. Constipation chronique.

Douleurs à la défécation, qui est très pénible. Dyspareunie à un degré très marquée. La patiente a eu trois grossesses, toutes terminées par un avortement au troisième mois. J'ai trouvé à l'examen un utérus normal, comme dimensions et position, avec ovaires mous et hypertrophiés, siégeant dans le fond du Douglas.

A l'ouverture de l'abdomen, cet état se vérifie. Les deux ovaires sont de plus le siège de dégénérescence kystique étendue ; on résèque une portion de la glande et l'incision est close par des sutures au catgut fin.

Les ovaires furent fixés en situation normale, par le procédé de l'auteur que nous avons indiqué dans notre chapitre de traitement.

La convalescence, très rapide, fut régulière. La malade travaillait au bout de six semaines, et, depuis, elle continue à travailler sans souffrir, puis survint une grossesse menée à terme.

Ensuite, elle reprit son travail, saine et forte ; elle dit être mieux que jamais et se regarde comme parfaitement libérée de son mal.

(CLIFFORD BARROWS, *Médical Record*, oct. 1904, n° 16).

OBSERVATION IX

Deux mois après, Clifford Barrows opérait la mère de la malade précédente, pour un double prolapsus ovarien sans adhérences, avec résultat également satisfaisant. C'est aussi une danseuse publique.

Et, en dépit de la tâche pénible de ces deux femmes, elles n'ont plus de troubles pelviens, et l'examen bimanuel soigné, ne décèle pas les ovaires, ni de l'une, ni de l'autre.

(CLIFFORD BARROWS, *Médical Record*, oct. 1904, n° 16).

OBSERVATION X

K. C..., mariée, 28 ans, vient se faire soigner le 11 août 1903. Famille et antécédents sans importance. Réglée à 13 ans Règles régulières, indolores. Pas d'écoulement vaginal. Pas d'enfant, un avortement au quatrième mois (mai 1901). Malade pâle, maigre, chétive, nerveuse et irritable. Il y a un an, commence à souffrir dans le dos et l'hypogastre surtout à gauche. Douleurs qui sont maintenant insupportables avec nausées et vomissements. Elle souffre de constipation. La défécation est pénible. Les rapports sexuels sont presque impossibles, du fait de douleurs soudaines, vives, syncopales, survenant à ce moment.

L'examen digital révèle un ovaire très mou, hypertrophié, prolabé dans le Douglas.

En ouvrant l'abdomen, le diagnostic fut précisé, l'ovaire fut libéré de ses adhérences, de nombreux petits kystes furent enlevés.

L'ovaire fut attiré en haut et maintenu en cette situation par le procédé décrit.

La convalescence fut excellente. Et maintenant, à neuf mois de l'opération, la malade se trouve très bien; elle a engraisé, la défécation n'est plus douloureuse.

La menstruation est normale. Les rapports sexuels sont indolores. L'ovaire ne peut plus être senti à l'examen digital.

(Clifford Barrows, *Medical Record*, oct. 1906, n° 9).

OBSERVATION XI

M. B..., 25 ans, mariée, entre à l'hôpital le 13 août 1903. Antécédents sans importance.

Réglée à 16 ans régulièrement.

Pas d'enfants.

Deux avortements au troisième mois, en mai 1901 et en juin 1903.

Souffre depuis deux ans, de douleurs dans la région pelvienne et l'hypogastre, davantage à gauche. A eu des nausées. Retentissement sur l'état général. Constipation chronique.

Douleurs à la défécation et pendant les rapports sexuels. Ses souffrances sont devenues si constantes et si vives, sa santé est tellement endommagée qu'il lui est impossible d'accomplir les travaux du ménage.

L'examen révèle un prolapsus double des ovaires qui sont mous et hypertrophiés.

Opération le 28 août 1903 : on note quelques petits kystes sur chaque ovaire. Ceux-ci sont réunis en bonne position toujours par notre procédé.

La convalescence fut satisfaisante. La malade semble très bien actuellement. Disparition de la constipation, de la dyschezia et de la dyspareunie.

La palpation ne fait plus sentir les ovaires.

(Clifford Barrows, *Médical Record*, oct. 1904, n° 9).

Clifford Barrows fait remarquer la fréquence des avortements dans le prolapsus ovarien, l'utérus gravide s'accroissant, exerce une forte pression sur l'ovaire pris entre l'utérus et le sacrum et l'irritation est suffisante pour produire un avortement. La première malade (Obs. VIII) avait eu trois avortements, la troisième (Obs. X) en avait eu un, la quatrième (Obs. XI) en avait eu deux.

La délivrance à terme de la première malade (Obs. VIII), après l'opération (la malade ayant avorté trois fois avant l'opération), semble fournir une valeur positive, quant à son efficacité au point de vue fonctionnel, indépendamment du soulagement qu'elle apporte aux symptômes douloureux.

Dans tous ces cas (Obs. VIII, IX, X, XI), il y avait prolapsus d'ovaires kystiques hypertrophiés, sans adhérences et sans rétrodéviations de l'utérus.

OBSERVATION XII (thèse Ruet)

M^{me} X..., 36 ans, sans antécédents particuliers. Deux couches normales.

Depuis le dernier accouchement, qui remonte à deux ans, elle se plaint, surtout au moment des époques, de douleurs dans le bas-ventre. Règles normales et comme durée et comme quantité et comme qualité. Leucorrhée légère.

Depuis quelque temps, son état général se modifie, elle devient émotive, plus nerveuse, elle s'inquiète de son état.

Elle se décide à consulter, d'une part, parce qu'au moment des rapports sexuels elle éprouve parfois de très violentes douleurs, avec état syncopal; d'autre part, la défécation, surtout quand il y a constipation, est toujours très douloureuse.

A l'examen, on constate un utérus en rétroversion, mais en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac latéral gauche et le cul-de-sac postérieur, on voit accolée à l'utérus une masse très régulière, un peu résistante, du volume d'une noix, très douloureuse à la pression.

La rétroversion est mobile.

Je porte le diagnostic de rétroversion utérine, compliquée de chute de l'ovaire en arrière du corps utérin.

Je propose une pexie, devant être précédée d'une extirpation unilatérale des annexes.

L'opération, fin avril 1911, permet de constater un ovaire, dont le pédicule très allongé a permis la chute en arrière.

Cet ovaire était d'aspect normal, un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Les veines utéro-ovariennes étaient très dilatées.

Je fis la castration unilatérale à gauche, la trompe était saine, non oblitérée.

Je terminai l'opération par la fixation à la paroi avec inclusion des ligaments ronds.

J'ai revu la malade fin septembre dernier; depuis elle n'a plus eu de douleur; elle a repris sa vie normale.

CONCLUSIONS

I. Le prolapsus ovarien est une affection assez fréquente, accompagnant la plupart des cas de rétroversion et survenant surtout chez les multipares, chez des malades atteintes de ptose abdominale. Il peut se voir également chez les nullipares et relève alors d'anomalies des ligaments ovariens et de la poche de Douglas.

II. Le prolapsus ovarien ne s'accompagne de phénomènes douloureux que lorsqu'il y a compression de l'ovaire.

III. Cette compression peut être réalisée par l'utérus lui-même augmenté de volume, par les matières fécales, par l'arc postérieur d'un pessaire et encore par les bords tranchants des ligaments utéro-sacres dans certaines formes de Douglas.

IV. Cliniquement cette compression ovarienne se traduit par des douleurs dont la modalité est assez caractéristique. Signalons : la douleur à la défécation, la douleur dans les rapports sexuels, la douleur pour s'asseoir, la dysménorrhée inter-menstruelle.

Ces douleurs peuvent se grouper en syndromes variables depuis la forme latente, tolérable jusqu'à la forme suraigue correspondant à l'étranglement ovarien.

V. Cette affection peut donner lieu à une thérapeutique conservatrice, orthopédique (pessaires); chirurgicale (ovaropexie associée ou non à l'hystéropexie).

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 juillet 1913.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARADUC. — Prolapsus ovarien, chez une hystérique, compte rendu de la Société de Biologie, 1882.
- BARNES. — Diseases of the female sexual organs, 1878.
- BARROWS-CLIFFORD. — Prolapse of the ovary; an operation for its cure, with report of twelve cases, Medical record, New-York, 15 octobre 1904. Analyse in Semaine Gynécologique, 1904, p. 383.
- BELL (W.-L.). — A case of detached right ovary, Lancet, London, 1890, p. 562.
- BEYEA (H.-D.). — The surgical elevation and conservation of the prolapsed ovary and tube (adnexopexy), American Medicine, Philadelphie, 1902, 1087-1090.
- BONNET (Victor). — Transactions of the Obstetrical Society, London, décembre 1906.
- BOUILLY. — Des poussées congestives intermenstruelles. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, juillet 1897.
- BOVIS. — Douleur intermenstruelle, Semaine médicale 1911, p. 341.
- BRANCA (A.). — Note sur l'ovaire ectopique. Compte rendu de l'Association des Anatomistes, Nancy, 1901, 253.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes.
- CROWELL (H.-C.). — Prolapsed ovaries. Transactions Medical Association Missouri, 1896-1897. Kansas City, 1898, p. 154-159, American journal Surgery and Gynæcologie, Welston, 1895-1896, 99.
- DALCHÉ. — Dysménorrhée intermenstruelle (Legon clinique). Journal de médecine et de chirurgie pratique (Lucas Championnière), 10 janvier 1912.
- DENEUX. — Hernie de l'ovaire, thèse, Paris 1813.

FYFE (W.-W.). Oophorectomy for prolapsed ovary, Glasgow medical journal, 1900, livraison 368.

FASBENDER. — Ueber den sogenannten Mittelschmerz Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, 1875, p. 125.

FAURE (J.-L.). — La Salpingopexie. In gynécologie de Pozzi, janvier 1903.

GALLARD. — Maladies des ovaires.

GARDNER (W.-S.). — Prolapsed ovaries, American Journal of obstetric New-York, 1906, n° 54, p. 807.

GOLDSPOHN (A.). — Descensus and suspension of ovaries, Journal American Medical Association of obstetric and gynécologie, Chicago 7-10 juin 1898 et Medical Record, 18 juin 1898.

GOLDSPOHN. — Du sort des ovaires dans les rétrodéviations, Journal American Medical Association of obstetric and gynécologie, 17-20 août 1897 et In Medical News, 28 août 1897.

GOTTSCHALK (S.). — Des troubles accompagnant le prolapsus de l'ovaire et leur traitement, Heilkunde, janvier 1902, traduit in gynécologie de Pozzi 1902, p. 335.

GOODELL. — On prolapse of the ovaries, Medical News, 1879.

HERMAN (G.-C.). — On prolapse of the ovaries, Medical Times and Gazette London 1881, 440, 460, 488.

HIRST (B.-C.). — The operative treatment of a prolapsed ovary, American Journal of obstetric, New-York 1897, XXXV, p. 536.

IMLACH. — On the treatment of prolapsed ovaries by oophorraphy. British Medical Journal, London 1885-86, p. 375-386.

JOURDAIN. — Congestions frustes intermenstruelles. Thèse Lyon, 1903

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1898.

LAWSON TAIT. — Maladies des ovaires.

McKEE (E.-S.). — Ovarian prolapse, Medical Record, New-York 1889, XXXV, p. 595.

MANTON (W.-P.). — Vaginal tamponnement in the treatment of prolapsed ovaries. Transaction american association obstetric and gynécologie, Philadelphie, 1888, 102-111

MARION MARSH. — Intermenstrual phenomena with theories. American journal of obstetric juillet 1897.

MARTIN (A.). — Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneiers-
töcke, 1899.

MAUCLAIRE. — Prolapsus ovarien douloureux, traité par l'hystéropexie et la transposition ovarienne antéligamentaire, Semaine Gynécologique, 1^{er} et 8 septembre 1903.

Traitement du prolapsus ovarien douloureux, Semaine Gynécologique, 7 février 1905.

MUNDÉ. — Prolapse of the ovaries Transactions of the american gynecological society, 1879, p. 164-197. Discussion, p. 207.

OLSHAUSEN. — Die Krankheiten der ovarien Part VI of Billroth's Handbuch der Frauenkrankheiten, Enke, Stuttgart 1877.

POZZI. — Traité de gynécologie, Paris, 1905.

ROSNER. — Des douleurs intermenstruelles. Centralblatt für Gynecologie, n° 1, p. 38.

RIGBY. — Prolapse of ovaries, Medical Times 1850.

RUET. — Prolapsus simple et douleurs des ovaires. Thèse Nancy, 1911.

SÄNGER. — Centralblatt für Gynecologie, 1896, n° 9.

SCHRÖDER. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

SKENE. — Prolapse of ovaries. American journal of obstetric, april 1879, p. 342.

SPROAT HEANEY. — Periodic intermenstrual pain. Surgery Gynecology and obstetrics, octobre 1910 p. 361.

DE SINÉTY. — Traité des maladies des femmes.

STAPPER. — Les vagues utéro-ovariennes, juillet 1912.

STRATZ. — Lageveränderungen der ovarien. Zeitschrift für Geburt und Gynecologie, Bd. 69, 1909.

THOMAS. — Maladies des femmes, 1874.

TRELAT. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. Annales de gynécologie, 1888.

VALLIN. — Situation et prolapsus des ovaires. Thèse Paris, 1887.

VAN DER VELDE. — Centralblatt für Gynecologie, 1905, n° 30, p. 964.

VINEBERG. — Preliminary report on shortening the utero ovarian ligaments through the vagina for prolapse of the ovary. Transactions of the obstetrical society, New-York, 1898-9, p. 36-39.

WALKER. — American journal of obstetric, April 1879, p. 324.

